FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905 — THÈSE — N° 207

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 2 Mars 1905, à 1 heure

PAR

René MONTÈS

Des Adénites Géniennes d'Origine Dentaire

Président : M. BERGER, *professeur*

Juges : MM. BUDIN, *professeur*
DE LAPERSONNE, *professeur*
AUVRAY, *agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, rue Racine, 15
1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY. DEBOVE LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TILLAUX. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (A NDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A TOUS LES MIENS ET A MES AMIS

A MON PARENT ET MAITRE

LE DOCTEUR R. NOGUÉ

Dentiste des Hôpitaux.

Témoignage de ma profonde et respectueuse reconnaissance pour le savant et profitable enseignement qu'il nous a sans cesse prodigué.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Chirurgien de l'hôpital Beaujon.
Membre de l'Académie de Médecine.
Officier de la Légion d'honneur.

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE A ALGER
ET DE L'HOPITAL CIVIL DE MUSTAPHA

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE PARIS

Des Adénites Géniennes d'origine Dentaire

INTRODUCTION

L'étude de la pathologie des ganglions de la joue est de date récente, plus récente encore l'incrimination des lésions dentaires dans l'étiologie de cette affection.

En 1899, dans sa thèse inaugurale Carpette Lepleen, élève du Professeur Princeteau de Bordeaux, montre bien que si les adénites chroniques sont dues dans le plus grand nombre de cas à la tuberculose, à des néoplasmes de la face et quelquefois à de la syphilis, les adénites aiguës au contraire, ou adéno-phlegmons de la joue, reconnaissent pour cause, dans l'immense majorité des cas, une lésion inflammatoire et principalement une lésion dentaire.

Cependant ce qui nous a frappé en lisant son travail, c'est le peu de cas d'adénites géniennes d'origine dentaire que nous y avons relevées.

Sur 39 observations, dont 18 à Vigier, 12 à Alber-

tin et 9 lui étant personnelles, nous avons été étonné, en effet, de n'y rencontrer que 4 cas de ces adénites qui nous intéressent.

Est-ce à dire que les adénites géniennes d'origine dentaire sont chose rare ?

Nous ne le pensons pas, car pendant l'année passée à la clinique dentaire de notre maître le docteur Nogué, il nous a été donné d'en examiner des cas fréquents, dont nous avons rapporté ici les plus caractéristiques et les plus intéressants.

Loin de nous la prétention d'avoir voulu faire preuve de théories nouvelles, de connaissances étendues, nous avons mis tous nos efforts à rassembler les notions établies jusqu'à ce jour sur l'affection que nous allons envisager. Nous avons ajouté nos observations personnelles à celles déjà publiées, et essayé de faire de l'adénite génienne d'origine dentaire, un tout bien net que nous tâcherons de rendre précis.

Fidèle au titre que nous avons choisi pour notre travail, nous suivrons strictement le plan que nous nous sommes tracé, n'ayant en vue que les adénites consécutives à une lésion de la dent ou de son ligament.

Quelques notions d'anatomie des ganglions lymphatiques de la joue, nous ont semblé nécessaires à la clarté de la question, nous les avons réunies dans un chapitre à part d'après les travaux parus jusqu'à ce jour.

Mais avant d'entrer plus avant dans notre sujet, il nous reste à remplir un devoir bien doux, celui de

remercier ceux qui furent nos maîtres, nos guides, nos amis, dans le cours de nos études de médecine.

Toute notre reconnaissance va à notre parent et apprécié maître le Dr Nogué, c'est lui qui fut l'instigateur de ce travail, c'est lui qui nous guida parmi les méandres, inconnus de nous, de la stomatologie, il n'y a épargné ni sa peine, ni ses enseignements, en maître éclairé il a guidé nos pas, nous sommes heureux de lui prouver ici notre profonde reconnaissance et notre sincère amitié.

C'est à l'Ecole de médecine d'Alger que nous avons commencé nos études, nous avons contracté là de grandes dettes envers les maîtres qui nous ont toujours prodigué leur science avec libéralité.

Que MM. les professeurs Trolard, Brüch, Vincent, Curtillet, Rey, Moreau, Cochez, que MM. les Drs Battarel et Denis dont nous avons eu l'honneur d'être l'élève au cours de notre externat à l'hôpital civil de Mustapha, reçoivent ici tous nos sentiments de gratitude.

Quant à nos maîtres, pendant le cours de notre externat dans les hôpitaux de Paris, MM. les professeurs Pozzi, Maygrier, Lejars, M. le Dr Caussade, qui ont bien voulu nous faire profiter de leurs leçons, nous sommes heureux de trouver l'occasion de leur adresser nos remerciements respectueux.

Nous avons contracté au cours de nos études de médecine des amitiés solides, fraternelles, c'est à ces amis que nous adressons l'assurance d'une inaltérable affection.

Nous prions M. le professeur Berger qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, d'agréer l'expression de notre profonde reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait.

HISTORIQUE

L'historique de la question ne remonte malheureusement pas très loin. C'est en 1881 que se trouve la première mention d'une lésion dentaire coupable d'adénite. C'est dans la thèse inaugurale de Descubes que celui-ci laisse entrevoir la carie plus ou moins avancée des dents comme cause étiologique de l'adénite sous-maxillaire et du phlegmon du cou.

En 1884, Combe publie à son tour un ouvrage sur les principales complications de la carie dentaire où les mêmes faits sont reproduits.

Ce sont là les deux premiers travaux dans lesquels on commence à pressentir l'importance de la lésion dentaire dans l'évolution de cette classe d'adénites que l'on rangeait dans la classe plus ou moins vague « d'adénites scrofuleuses ».

Plus récente encore l'étude de l'adénite génienne, leur avènement ne date que de 1892.

C'est à l'école de Lyon que nous devons leur mise en lumière, le nom du professeur Poncet y est intime-

ment lié, à un point tel qu'on les dénomme souvent « adénites de Poncet ».

Mis en éveil par son sens clinique, c'est lui, en effet, qui pressentit l'existence dans l'épaisseur de la joue de ganglions lymphatiques.

Jusque-là une ombre épaisse planait sur la question. Les anatomistes n'étaient point d'accord, c'était à la clinique à amener sur la question un jour éclatant.

Les anciens auteurs, Mascagni, Gallet, faisaient bien mention de ganglions géniens, mais vagues étaient ces notions qui méritaient d'être mieux approfondies.

Frappé par la fréquence, par la localisation spéciale et immuable de certaines tumeurs de la joue, connues alors sous la dénomination de « gommes abcédées du tissu cellulaire », le professeur Poncet pria Jaboulay, alors chef de travaux d'anatomie pathologique, de rechercher la présence dans la joue de ganglions lymphatiques.

En 1892, Vigier, élève de Poncet, soutient à Lyon sa thèse inaugurale : « Des adénites de la joue ».

La même année l'« Union médicale » publie sous le nom de Petit, un article intitulé : « Des adénites de Poncet ».

Albertin, en 1895, fait paraître dans les « Archives provinciales de chirurgie », douze observations d'adénites de la joue.

Princeteau vient à son tour en 1899 jeter un jour éclatant sur l'anatomie des ganglions géniens et des lymphatiques tributaires.

Ses résultats et ses recherches sont repris dans la même année dans la thèse d'un de ses élèves, Carpette-Leplein (Thèse de Bordeaux, 1899).

Thévenot, en 1900, fait dans la « Gazette des Hôpitaux » une revue générale de la question.

Méniel, chef de clinique à la Faculté de Toulouse, publie un cas d'adénite génienne sous-muqueuse suppurée.

En 1901, à la Société de stomatologie, le Dr Ferrier, dentiste de la Pitié, présente un cas de manifestation buccale de la grippe simulant une adénopathie.

C'est à ce sujet que le Dr Lebedinsky soulève la question de l'adénite génienne, faisant remarquer que de nombreux cas de phlegmons ne sont autres que des adéno-phlegmons d'origine dentaire.

A son tour il publiait en 1892, dans les « Archives de stomatologie » un long article à ce sujet, article qu'il complétait en 1904 en y ajoutant de nouvelles observations.

Le Dr Nogué, dans le même numéro, relatait tout au long un cas d'adénite génienne consécutive à la carie de la dent de sagesse, observation que l'on trouvera d'ailleurs reproduite au cours de ce travail.

Entre temps, en 1902, Coutenau soutenait à Paris sa thèse sur les « adénites d'origine dentaire », où l'auteur avait fait mention de l'existence de l'affection que nous allons traiter.

Moins nombreux qu'en France on trouve en Allemagne sous les noms de Buschbender et de Pesch en

1899, dans l' « Odontolosche Blattez » la publication de quelques cas d'adénites géniennes.

Telle est l'historique complète de la question, de date récente, comme on le voit, les travaux en sont encore peu nombreux.

Les ganglions géniens.

Au siècle dernier, Mascagni en 1787, dans son étude iconographique sur les vaisseaux lymphatiques avait grâce à des injections soigneuses et des dissections minutieuses des lymphatiques de la joue, pu reconnaître l'existence de ganglions lymphatiques à ce niveau.

Il figure deux ganglions situés sur le corps du maxillaire inférieur, un peu au-dessus de son bord inférieur, l'un est en avant de l'artère faciale, l'autre en arrière, et ils sont en relation intime avec les ganglions sous-maxillaires.

Dans la description qu'il en donne, il dit : « Vasa lymphatica qui ex facie proveniunt, vel in glandulas inter auriculam et maxillam inferiorem locatos tendunt, vel ad eas quœ secondum maxillæ basim, ac circa arteram et venam facialem mylohyoïdeo maxima ex partæ accumbunt. »

Parlant plus loin des lymphatiques qui viennent de la région latérale de la tête et de la région externe des paupières, il signale leur terminaison fréquente dans les ganglions parotidiens ou sous-maxillaires, et il ajoute :

A media parte frontis, naso et iis funtima palpebrarum portione trunculi emergunt qui sibi dascitis nonullis aliis lymphatices ex musculis ac pinguedine in cavo orbitæ sitis pro decentibus juxta vœnæ facialis decursum in unicum vel duos truncos conjugun-tur. Hi in ramos dermo devidi solent et in glandulas immitii inter maxillæ basim et biventres dispositas, quos similiter adunt maxima ex parte trunci qui ex labiorum musculis ipsorumque pinquedine et ex interna labiorum et buccarum superficie proveniunt, sive nuper memoratis uniantur, sive proficis truncis immediate in eodem glandulos se immitant. In hoc itinere glandulis nonnullis quandoque occurunt musculo buccinatore extrorsum accumbentes quos pervadunt aliqui eorum rami, priusquam prædictas glandulas subeant.

Plus loin encore dans les légendes annexées à ses planches il dit à leur propos : Glandulæ basi maxillæ inferiores inter musculum masseterem de depressorem anguli oris vitæ, quæ recepiunt lymphatica ex penis, fronte palpebris, naso, labiis, mento, faucibus ac gingivio prodeuntes.

Et il ajoute en note :

« Glandulæ 128 situ pariter ac numero variant. Non unguam inveniuntur aliæ parvæ glandulæ juxta venam facialem ordonatæ ne purgendum dermesæ quæ musculum buccinatorem tegit.

Ainsi en 1787, l'existence des ganglions géniens au niveau du maxillaire inférieur et du buccinateur était connue des anatomistes et pourtant bientôt elle tomba dans l'oubli.

C'est que Mascagni ne parle des ganglions situés sur la face externe du buccinateur que dans une courte note annexée à la légende de ses figures.

D'autre part, les ganglions qu'il décrit sur la face externe du maxillaire inférieur sont en relation tellement intime avec les sous-maxillaires qu'ils ont été confondus dans la description de ces derniers.

C'est d'ailleurs à ceux-ci que se rendent les lymphatiques de la face, en l'absence des ganglions géniens.

Boyer, dans son « Traité d'anatomie », signale l'existence de ganglions sur la face externe du buccinateur, mais il n'a pas fait à ce sujet de recherches personnelles, et comme tous les auteurs qui suivent, il s'est borné à reproduire les indications premières fournies par Mascagni.

Cloquet, étudiant le système lymphatique de l'homme dit à propos des ganglions de la face : « Les uns sont répandus sur la face externe du muscle buccinateur ; les autres suivent la base de l'os maxillaire inférieur et longent le bord supérieur du muscle digastrique ».

Reproduisant dans ses planches les figures de Mascagni, il omet de dessiner les ganglions lorsqu'il représente les lymphatiques superficiels de la tête et du cou.

Barqueny et Jacob dans leur « Atlas d'anatomie » figurent, au-dessous d'un ganglion à cheval sur le bord inférieur du maxillaire, deux ganglions situés en avant de la veine faciale et les décrivent ainsi :

« Le groupe facial (des vaisseaux lymphatiques) fait

suite aux lymphatiques du front, il reçoit de chaque côté, les rameaux des paupières, ceux du nez, et successivement ceux qui naissent de la couche superficielle de la face. Ces vaisseaux se ressemblent en un ou deux troncs qui descendent intermédiaires de l'artère à la veine faciale, reçoivent quelques rameaux des joues et ceux des lèvres et se jettent dans les ganglions buccaux ».

Ganglions buccaux ou sous-maxillaires. — En nombre irrégulier, deux, trois ou quatre, d'un petit volume, ils sont situés entre l'artère et la veine faciale, appliqués sur le buccinateur et protégés en arrière par la saillie du masséter et en haut par celle de l'arcade zygomatique. Souvent deux de ces ganglions sont placés plus bas sur l'os maxillaire inférieur entre le masséter et le triangulaire des lèvres intermédiaires entre les ganglions buccaux proprement dits et le chapelet sous-maxillaire.

L'amas ganglionnaire reçoit : 1° de la partie supérieure les troncs lymphatiques faciaux et des rameaux géniens ; 2° de ses parties latérales, des rameaux lymphatiques labiaux mentonniers, en dedans, et rameaux massétériens en dehors.

Inférieurement ces ganglions se vident par plusieurs rameaux dans le chapelet sous-maxillaire qui communique en dehors avec les rameaux parotidiens.

Cruveilhier leur consacre aussi quelques lignes, il dit à propos de ces ganglions de la face :

« Plusieurs occupent la face externe de l'os maxillaire, le long des vaisseaux faciaux, au devant du muscle

masséter » et il distingue trois groupes de ganglions : ganglions parotidiens, des ganglions zygomatiques et des buccinateurs.

Plus loin il décrit aussi les lymphatiques de la face : les autres accompagnent les rameaux faciaux qui les avoisinent, plusieurs traversent les ganglions buccinateurs, tous arrivent aux ganglions sous-maxillaires.

Par contre, MM. Richet, Auger, Paulet, Beaunis et Bouchard, Bérard, Bonnamy n'en parlent pas.

M. Sappey ne les mentionne pas, il fait terminer les lymphatiques géniens dans les ganglions parotidiens antérieurs et dans les ganglions sous-maxillaires.

Tillaux, étudiant la face dans la portion mentonnière décrit sur la face externe du maxillaire inférieur, un ganglion lymphatique accompagnant les vaisseaux faciaux, important selon lui, car il peut s'enflammer dans les ostéopériostites de la mâchoire inférieure.

M. le professeur Testut dit à leur sujet : « Exceptionnellement on rencontre quelques ganglions à la face ; ils sont toujours de petite dimension et se disposent ordinairement le long de la veine faciale. J'en ai observé un, sur une jeune femme d'une trentaine d'années, dans le sillon naso-génien du côté droit.

M. le professeur Debierre, qui ne les a pas signalés dans son « Traité d'anatomie », mais qui les représente en reproduisant une planche de Mascagni, communiquant à M. Poncet des observations personnelles lui écrit :

« Je me rappelle avoir observé une disposition un peu différente de ces ganglions. J'ai vu plusieurs fois,

soit lors d'une dissection du nerf facial, soit lors d'une injection au mercure des ganglions parotidiens, un ou deux lymphatiques suivre le canal de Sténon et aboutir à un ou deux petits ganglions de la grosseur d'une lentille, situés sur la face externe du buccinateur à l'endroit même où le canal de Sténon perfore ce muscle. De ces petits ganglions partaient des lymphatiques dont les uns s'engageaient dans l'épaisseur même du muscle, et dont les autres se dirigeaient vers les ganglions sous-maxillaires, la région malaire et les lèvres. Je ne puis en dire davantage aujourd'hui parce, qu'à cette époque, cette disposition n'avait pas beaucoup retenu notre attention ; mais ceux qui voudraient se livrer à des recherches plus minutieuses et plus suivies retrouveront certainement les ganglions que je viens de mentionner ».

M. Jaboulay dans ses recherches sur ces ganglions en a rencontré trois sur un sujet tuberculeux. Ils étaient situés entre l'artère et la veine faciale, et superposés les uns aux autres, le ganglion inférieur occupait la partie moyenne de la face externe du maxillaire inférieur. Le ganglion moyen était situé au niveau du bord alvéolaire, le supérieur au niveau du bord externe de la commissure labiale. Ils avaient le volume d'un grain de blé et étaient placés au-dessous du tissu cellulaire sous-cutané. L'examen histologique a confirmé leur nature.

M. Vigier, dans sa très intéressante thèse (Lyon, 1892) qui est le premier travail d'ensemble sur l'anatomie de ces ganglions, les divise en trois groupes :

Un groupe inférieur occupant la face externe du maxillaire un peu au-dessus du bord inférieur de cet os ; et l'appelle groupe massetérin en raison de leur proximité avec ce muscle ;

Un moyen, à la hauteur de la commissure labiale (groupe commissural) ;

Un supérieur au niveau de l'os malaire ou de la branche montante du maxillaire supérieur (groupe sous-orbitaire).

Ces ganglions appartiennent pour lui aux lymphatiques qui accompagnent les gros vaisseaux de la face.

A côté de ces ganglions superficiels, il décrit des ganglions profonds sous l'aponévrose du buccinateur, ganglions qui ont été signalés par M. Debierre.

Plus récemment, M. Princeteau (Bordeaux, 1899) a repris ces recherches et son étude est reproduite dans la thèse de Carpette-Leplène. Il conclut à la présence de deux groupes de ganglions : des ganglions buccaux placés sur la face externe du buccinateur, en avant de la veine faciale : des ganglions sus-maxillaires qui sont, les uns postérieurs en rapport avec la veine, les autres antérieurs, près de l'artère faciale. Il a de plus trouvé un ganglion sur le bord du maxillaire inférieur, servant de transaction entre ceux-ci et les sous-maxillaires, il l'appelle : ganglion infra-maxillaire.

Exceptionnellement il a constaté des ganglions naso-géniens et commissuraux, il rejette l'existence des ganglions sous-aponévrotiques.

Gray (1887), en Angleterre, fait observer que les

lymphatiques de la face traversent les glandes buccales au niveau du buccinateur. Le texte n'est pas précis, on ne sait s'il veut parler de ganglions lymphatiques.

Mac Clellan dans son « Anatomie des régions » ne les signale pas.

Luscka décrit les lymphatiques superficiels de la face comme formant un épais réseau qui traverse obliquement la face en suivant la direction des vaisseaux faciaux pour aller se terminer dans les ganglions sous-maxillaires. Plus récemment Buchbinder a étudié soigneusement leur disposition.

Il a observé et figuré trois groupes de ganglions : des ganglions maxillaires sur la face externe du maxillaire inférieur, à un demi centimètre au-dessus du bord inférieur de l'os entre la veine et l'artère faciale ; des ganglions buccinateurs antérieurs, en arrière de la commissure labiale, entre l'artère et la veine faciales. Des ganglions buccinateurs postérieurs, près du point où le canal de Stenon perfore le buccinateur.

Küttner dans ses recherches sur les lymphatiques du nez a constaté l'existence de ganglions en arrière de la commissure buccale et au niveau du maxillaire inférieur.

Si nous résumons toute cette étude, nous voyons que les ganglions géniens ont été incomplètement vus par Mascagni. Les ganglions buccinateurs qu'il n'a pas dessinés, et qu'il signale dans une courte note, ont été rapidement oubliés. Les ganglions maxillaires qu'il a représentés et décrits ont été reproduits d'après

ses figures par les anatomistes qui l'ont suivi, puis ils ont été confondus avec les ganglions sous-maxillaires.

Il faut arriver aux observations cliniques de M. le Professeur Poncet qui les signale pour la première fois en 1892 et aux travaux qu'il a inspirés. Vigier, Albertin, etc., pour avoir une description complète de ces ganglions et de leurs lésions.

Plus récemment les importantes recherches de M. Princeteau, Buchbinder et Küttner, ont complété cette étude.

Elles nous donnent une idée exacte de la situation des ganglions géniens.

Ganglions géniens :

Ils forment ainsi trois groupes : un inférieur répondant au maxillaire inférieur ; un moyen sur la face externe du buccinateur ; un supérieur sur le massif du maxillaire supérieur.

Groupe maxillaire inférieur. — Il est représenté par deux ganglions superposés ou situés en avant les uns des autres. Ces ganglions reposent sur la face externe du maxillaire inférieur en avant de l'angle antéro-inférieur du masséter.

En bas ils se continuent avec les ganglions sous-maxillaires. Il n'est pas rare d'observer un ganglion sur le bord inférieur de l'os, reliant les deux groupes, c'est le ganglion infra-maxillaire. En haut ils arrivent plus ou moins au contact des ganglions buccinateurs sans dépasser pourtant en hauteur le bord alvéolaire. La veine faciale forme leur limite antérieure, l'artère faciale les délimite en arrière. Leur volume est essen-

tiellement variable suivant qu'ils sont normaux ou inflammés.

Groupe buccinateur. — Il est constitué par tous les ganglions qui sont sur la face externe du buccinateur. Ils peuvent occuper deux positions différentes : les uns sont en avant de la veine faciale et les autres à l'embouchure du canal de Sténon, situés à la même hauteur sur le trajet d'une ligne que continue en arrière la commissure des lèvres en se portant au lobule de l'oreille, ils sont séparés les uns des autres par une ligne oblique, allant de l'angle interne de l'œil à l'angle antéro-inférieur du masséter. C'est à peu près la direction de la veine faciale.

Le groupe antérieur, à deux centimètres environ de la commissure labiale, est constitué ordinairement par deux ganglions, arrondis ou réniformes, de volume très variable, ils reposent sur l'aponévrose buccinatrice dans le tissu cellulo-graisseux qui sépare l'artère de la veine. Exceptionnellement un ganglion peut se porter en avant dans le sillon naso-génien.

Le groupe postérieur est formé de deux ganglions situés ordinairement en arrière ou au-dessus du point où le canal de Sténon perfore le buccinateur.

Ils ont les mêmes variations de forme et de volume que les précédents.

Plus en avant de ce point il existe un lobule glandulaire aberrant. Ces ganglions sont quelquefois situés plus haut que de coutume. Ils arrivent alors par l'extrémité supérieure au contact du bord inférieur de l'os malade et sont partiellement recouverts par les fibres postérieures du grand zygomatique.

Groupe supérieur. — Les ganglions de cette région n'ont été observés que cliniquement (Vigier). Les recherches anatomiques de Princeteau et de Buchbinder ne les ont pas découverts et nous ne ferons que signaler leur existence.

Debierre a signalé l'existence de ganglions profonds sous-aponévrotiques, Princeteau prétend qu'il s'agit toujours là de glandules salivaires.

Au niveau de la partie moyenne du sillon naso-génien en avant de l'artère faciale, Testut et Princeteau ont rencontré un ganglion.

Il nous resterait pour terminer cette étude à rechercher quelle peut être la fréquence des ganglions géniens.

La proportion est difficile à établir. Les dissections grossières ne révèlent des ganglions que s'ils sont pathologiques.

Vigier sur 30 dissections n'a vu qu'un ganglion maxillaire.

Princeteau sur 32 sujets trouve 20 fois des ganglions : 10 fois des ganglions buccaux et 14 fois des ganglions maxillaires.

Küttner sur huit cadavres a vu une fois un ganglion buccinateur et deux fois un maxillaire.

Ces différentes données nous permettent de conclure avec Buchbinder à la fréquence des ganglions géniens.

(Thévenot. *Des adénites géniennes. Gaz. Hôpit.* Avril 1900).

L'Adénite.

ETIOLOGIE

Quand des germes infectieux pénètrent dans les voies lymphatiques, ils trouvent dans les ganglions qui les arrêtent un milieu de culture favorable.

Organe de défense, le ganglion filtre, pour ainsi dire, les microbes pathogènes, lutte contre leur dispersion dans l'organisme, localise le mal qui cherche à se généraliser.

L'infection, pour atteindre le ganglion peut adopter deux processus, tantôt le ganglion enflammé est réuni à la lésion primordiale par des traînées rougeâtres de lymphangite, tantôt l'infection agit par embolie atteignant son but sans léser les parties voisines, infection à distance, c'est l'adénite d'emblée.

En général l'engorgement porte sur un ganglion ou un groupe ganglionnaire, toujours le même pour la même région, chaque région dépendant d'un réseau lymphatique spécial.

Une fois atteint le ganglion peut présenter deux états distincts :

1° Un engorgement;

2° La suppuration.

Telles sont les règles des adénites en général, nous allons les retrouver identiques dans le cas particulier des ganglions géniens. Régies par les mêmes lois, leur affection présente la même évolution.

Comme dans les premières, l'infection en est la cause primordiale, la porte d'entrée en change seule.

Polosson de Lyon dit dans ses leçons publiées dans la « Revue médicale » du 10 novembre 1888 :

« Cette variété (il s'agit des adénites sous-maxillai-
« res), ainsi que l'explique Gosselin dans ses leçons,
« répond presque toujours à des lésions dentaires de
« la mâchoire inférieure, le plus ordinairement ce
« sont les ganglions de la loge sous-maxillaire qui
« sont pris ; quelquefois ce sont les ganglions médians
« ou hyoïdiens, quand les incisives inférieures sont
« malades.

« Plus rarement dans les affections des dents de la
« mâchoire supérieure, il se développe une adénite
« parotidienne, il existe encore une localisation gan-
« glionnaire que je vous signale en passant.

« Sur le trajet de l'artère faciale, ou le bord anté-
« rieur du muscle masséter, se trouve un ganglion dont
« la pathologie serait à faire, ce ganglion est parfois
« le siège d'un adéno-phlegmon d'origine dentaire ».

A cette époque l'anatomie des ganglions géniens était encore peu connue.

Parfois, dit Polosson, nous dirons presque toujours, l'adéno-phlegmon de la joue n'a point d'autre cause que la lésion dentaire.

Dans la question « Région de la joue », le professeur Tillaux s'exprime ainsi dans son « Anatomie topographique » :

« La présence d'un ganglion lymphatique dans la « région mentonnière mérite d'être mentionnée, car « il s'enflamme très souvent dans les ostéo-périostites « de la mâchoire, consécutives aux causes dentaires, « et les abcès de cette région n'ont en général point « d'autre origine ».

Voilà déjà une affirmation plus nette, la région mentonnière seule est toujours incriminée, pour la raison identique que seul son groupe ganglionnaire est à peu près connu.

Et nous serons à notre tour plus affirmatif encore : La lésion de la dent est la cause primordiale de l'affection, lésion profonde comme nous le ferons remarquer plus loin, ouvrant une large porte d'entrée à l'infection, laissant une voie libre vers les ganglions lymphatiques.

Comme partout ailleurs l'infection joue le rôle principal. La bouche, milieu de culture favorable à l'accroissement des germes infectieux et à leur pullulement, contribue dans une large part par son degré de malpropreté et son mauvais entretien à l'envahissement ultérieur. Nous n'avons pas à revenir ici, à nous étendre sur les variétés et l'énumération des microbes de la bouche : qu'il nous suffise de rappeler leur

existence et la richesse de cette flore ; Coutenau, dans sa thèse « Des adénites d'origine dentaire » (Paris 1902) en a fait une étude approfondie.

Ce n'est pas dans une bouche saine, soigneusement entretenue, même à caries légères et isolées, où la dentition est habituellement et journellement brossée, que nous allons rencontrer la lésion qui nous intéresse, ce n'est pas une dent légèrement malade qui va donner naissance aux troubles de l'adénite, non, le théâtre de l'action est tout différent, tant au point de vue de la dent qu'à celui de la bouche qui joue là un rôle assez important pour que nous nous permettions d'y insister si longuement.

Une cavité buccale malpropre à caries multiples et profondes, à chicots nombreux, en voie d'élimination, en partie déchaussées, envahies par le pus et l'infection.

Les gencives rouges, saignantes, repoussées par le tartre qui les irrite, des dents à un quatrième degré avec leur pulpe en putréfaction, telles sont les conditions dans lesquelles nous allons trouver le plus fréquemment l'orifice buccal de notre malade.

Dans quelques cas c'est à la suite d'un abcès alvéolo-dentaire, qu'à distance, l'adénite a évolué, par une infection secondaire apparaissant quelques jours après la rémission de tous les accidents après une infection profonde de tout l'organe.

Tout cela nous montre bien qu'il faut, pour qu'il y ait adénite, une infection profonde : que non seulement la dent, mais encore son ligament, soient atteints, la périostite, l'ostéo-périostite sont la règle.

A côté de cette cause la plus fréquente, l'envahissement par le canal radiculaire, viennent se ranger d'autres modes d'infection que nous avons rencontrés dans plusieurs observations que nous rapportons ici.

C'est d'abord l'intervention longue et malpropre dans le but de l'extraction d'une dent ou d'un chicot.

C'est enfin la pyorrhée qui, atteignant directement le ligament, ouvre la route vers le ganglion.

L'infection du ligament est la condition nécessaire de l'adénite, et cela vient d'un fait anatomique qui semble se préciser peu à peu maintenant.

C'est en vain que les anatomistes ont recherché des lymphatiques dans la constitution de la pulpe dentaire, ces canaux ne commencent à apparaître que dans le ligament de la dent.

« L'étude des lymphatiques dans la pulpe dentaire « n'a pas donné de résultats positifs jusqu'ici, dit « Coutenau, leur existence est mise en doute et l'on « n'a pu y découvrir jusqu'à présent de vaisseaux « lymphatiques. »

Il en est tout autrement dans le ligament. Black signale leur existence, Amoedo la conteste. Cependant avec Gegenbaüer et Guain, il semble que l'on doive admettre dans le périoste l'existence d'une voie lymphatique se rendant aux ganglions voisins.

La pulpe, organe complexe, jouerait peut-être encore là un rôle de défense contre l'invasion microbienne, la pulpe une fois atteinte et putréfiée, la route demeurerait libre et permettrait l'accès du périoste alvéolo-dentaire.

L'envahissement du ganglion, comme nous l'avons vu, peut adopter deux processus.

Les microbes semblent avoir choisi dans notre cas la marche par embolie.

Le Dr Lebedinsky décrit dans son article paru dans les « Archives de stomatologie » en 1902, une lésion spéciale qu'il appelle « la queue de l'adénite » ; cette lésion serait due à l'inflammation provoquée par le passage des micro-organismes à travers les lymphatiques, inflammation, retentissant sur les tissus voisins sous forme de périlymphite, et se montrant avec l'apparence d'un cordon violacé et induré reliant l'adénite à la dent coupable.

Pour notre part nous n'avons jamais noté l'existence d'une telle lésion, le sillon gingival nous a toujours paru indemne, il nous a semblé plutôt que les microbes pathogènes adoptaient ici la marche par embolie, ce mode tout au moins nous a paru le plus fréquent.

La localisation de l'inflammation sur tel ganglion dépend aussi de la région où siège la lésion.

Comme nous l'avons vu dans les lois générales régissant les adénites, chaque région est placée sous la protection d'un groupe ganglionnaire dont elle dépend.

La localisation de l'adénite est fonction dans notre cas de la dent coupable, les faits cliniques le prouvent abondamment.

Cependant il faut faire remarquer que les groupes ganglionnaires géniens n'existent point toujours au complet, que bien souvent l'un fait défaut, quelque-

fois même les trois à la fois ou n'existent qu'à l'état de corpuscules microscopiques.

D'après ce que nous avons observé, il ressort que l'infection du groupe maxillaire inférieur répond toujours à la lésion des dents de la mâchoire inférieure, les dents de la région incisive donnant rarement cependant naissance à de l'adénite.

Nous avons eu un cas d'adénite buccinato-commissurale consécutive à un cas de carie au 4e degré de la gencive prémolaire à la mâchoire supérieure.

Enfin une dent de 12 ans donna lieu à l'inflammation du groupe maxillaire supérieur, que Trendel de Tubinge vient de mettre en lumière dans le cas d'affections cancéreuses.

Ces localisations, croyons-nous, ne sont pas immuables, elles varient avec l'existence ou la non-existence des groupes ganglionnaires.

Albertin cite dans sa thèse l'adénite commissurale comme la plus fréquente, il est vrai que cet auteur avait en vue les adénites de la joue en général.

Dans notre cas il en est autrement, et c'est l'adénite du groupe inférieur qu'il nous a été donné d'observer le plus souvent.

Les molaires jouent un rôle prédominant.

L'adénite commissurale semble tenir le second rang, nous l'avons notée dans une carie avancée de prémolaires supérieures.

Enfin il nous faut citer en dernier lieu l'adénite maxillaire supérieure, les observations cliniques en sont rares. Dans le cas que nous rapportons, la lésion

était marquée au début par une fluxion volumineuse. Cette inflammation ne serait-elle point une cause qui la fait passer souvent inaperçue ?

Les dents de sagesse donnent lieu aussi à de l'adénite : le Dr Nogué a publié un cas d'adénite maxillaire inférieure due à une carie de cette dent. Cette observation nous a paru intéressante, nous l'avons reproduite tout entière dans notre travail, elle démontre qu'il faudra penser aussi à elle dans le cas d'adénites géniennes.

SYMPTOMES. — DIAGNOSTIC

L'adénite une fois constituée peut se présenter sous différentes formes, selon la date de son évolution.

Au début de son apparition, elle ne consiste guère qu'en l'inflammation d'un ganglion lymphatique, c'est l'adénite simple.

Si l'infection continue à agir, la suppuration peut s'établir, le pus se collecter, c'est l'adéno-phlegmon.

Enfin l'adénite peut évoluer vers la chronicité, ou être chronique d'emblée, telles sont les trois formes de lésions que l'on rencontre dans l'affection.

L'évolution de l'adénite au début est souvent masquée par une fluxion intense de la joue du côté de la dent coupable. Souvent des douleurs de dents violentes commencent la scène, suivies de périostite ou d'un abcès alvéolaire avec retentissement sur toute la joue, empâtement de toute la région ; la fluxion ne serait même pour Thévenot qu'un adéno-phlegmon avorté.

Ce n'est que lorsque cette fluxion s'amende que l'empâtement diminue, que le malade est tout étonné de sentir une petite grosseur, dure d'abord, roulant sous le doigt, siégeant au niveau des groupes ganglionnaires géniens, peu douloureuse au début, à la pres-

sion ; rarement il vient consulter à cette époque, car la tumeur ne le gène pas, ne lui procure peu que d'appréhensions.

Si on l'examine à cette époque minutieusement, et nous en avons eu l'occasion, on s'aperçoit qu'aucune adhérence ne relie la tumeur ni au maxillaire ni à la peau.

Prise à ce stade de son évolution, la dent traitée, des applications résolutives placées sur la région, l'adénite peut se résorber, le ganglion simplement enflammé revenir à son état normal ; nous avons eu des cas de guérison dans ces mêmes conditions.

Abandonnée à elle-même, l'adénite continue son évolution, la tumeur grossit progressivement et tend à la suppuration.

C'est l'adéno-phlegmon.

Thévenot dans son article paru dans la « Gazette des Hôpitaux », donne de l'adéno-phlegmon la description suivante :

« L'adéno-phlegmon débute, quelle que soit son ori-
« gine, par une douleur locale et surtout par une gêne
« considérable des mouvements du maxillaire, soit
« pendant la mastication, soit pendant la phonation.
« La joue se tuméfie rapidement et la recherche des
« ganglions devient extrêmement difficile.

« Bientôt l'aspect est caractéristique, la bouche est
« entr'ouverte, laisse la salive s'écouler au dehors.
« Les lèvres sont tuméfiées et infiltrées jusqu'à la
« ligne médiane. En arrière la peau est rouge et ten-
« due ; la tuméfaction est surtout accentuée au niveau

« d'une ligne qui continuerait en dehors la fente buc-
« cale ; en bas elle s'étend jusqu'au bord inférieur du
« maxillaire, en haut elle remonte jusqu'à la paupière
« inférieure. Toute la région est chaude, douloureuse.
« Le masséter par sa contracture empêche les mouve-
« ments de mastication et l'examen de la cavité buc-
« cale se trouve notablement gêné. On peut voir
« cependant la lésion dentaire et la muqueuse buc-
« cale épaissie qui vient faire saillie entre les arcades
« dentaires. Le doigt introduit entre la lèvre et le
« rebord alvéolaire reconnaît l'épaisseur de la joue
« tuméfiée et sent la fluctuation lorsque le pus est
« collecté. Il permet de se rendre compte en même
« temps de l'intégrité du bord alvéolaire et du maxil-
« laire correspondant.

« Les phénomènes généraux sont très variables sui-
« vant les sujets.

« Abandonné à lui-même l'abcès ulcère la peau et
« peut s'ouvrir à l'extérieur laissant à sa suite une
« cicatrice déprimée.

« Malgré les connexions des ganglions géniens avec
« les ganglions sous-maxillaires, ceux-ci restent indem-
« nes pendant toute l'évolution pathologique.

« Telle est la forme ordinaire de l'adéno-phlegmon
« aigu ».

Nous n'avons jamais relaté, dans les cas qui nous intéressent, des troubles aussi intenses ; dans un cas cité par Nogué nous avons à signaler du trismus, dans les autres observations les troubles de la mastication n'étaient pas aussi profonds.

Le plus souvent la tumeur est bien localisée, consistant en une grosseur du volume d'une noix, sur laquelle la peau est tendue, rouge, chaude.

La tumeur est fluctuante, acuminée à son centre ; quelquefois, on sent le pus sous la peau, la moindre ponction en amène l'évacuation facile.

Ceci pour les adéno-phlegmons des ganglions des gencives et commissuraux, dans le cas d'adénite du groupe supérieur, nous avons noté, en effet, une fluxion énorme de la région sous-orbitaire, avec empâtement de tout le haut de la joue, marquant l'évolution de l'affection.

L'intégrité du sillon gingival est un bon signe, nous y insistons particulièrement, car il permettra de faire, comme nous le verrons plus tard, le diagnostic de l'abcès alvéolo-dentaire.

La fièvre est la règle dans les cas d'adéno-phlegmon ; plus ou moins forte selon les sujets, elle existe cependant, de même que la douleur pouvant provoquer dans certains cas l'insomnie et le défaut d'alimentation.

Quels que soient le siège et le volume des ganglions atteints, nous n'avons jamais vu les traînées de lymphangite reliant l'adénite à la dent coupable, comme on le note dans les adénites en général. Le docteur Lebeaudensky a décrit « la queue de l'adénite » ; il ne nous a jamais été donné de la rencontrer.

A ce stade la résolution n'est plus possible, l'évacuation du pus à l'extérieur s'impose.

Cette évacuation se fait souvent d'elle-même lorsque

les soins font défaut, à la peau dans les plus fréquents des cas, donnant lieu quand l'écoulement se tarit à une cicatrice de peau.

Mais trop souvent cet écoulement continue, l'adénite a évolué vers la chronicité, donnant lieu à une fistule qu'il sera délicat de mener à la guérison.

Cependant l'adénite peut être d'emblée chronique, avec une évolution plus lente sans réaction, nous en avons recueilli plusieurs observations.

Avec une évolution lente et insidieuse, débutant par un ganglion indolore, n'amenant qu'un peu de gène à la mastication, tumeur peu douloureuse à la pression, mobile, roulant sous le doigt, elle peut cependant quelquefois faire une notable saillie dans l'épaisseur de la joue.

Peu à peu ce ganglion enflammé augmentera de volume, tendra à la suppuration, contractera des adhérences avec la peau et s'ouvrira au dehors, donnant accès à du pus et formant plus tard une fistule qui, s'oblitérant momentanément donnera par sa réouverture passage au liquide séro-purulent.

La peau dans la région est ulcérée, rouge, recouverte de croûtes lamellaires, jaunâtres, débarrassée de ces croûtes la peau apparaît violacée irritée par l'écoulement continuel de liquide purulent, déformée, défigurant en partie l'individu qui la porte.

Au milieu on trouve l'orifice externe conduisant au ganglion adhérent à la peau. L'affection n'a pas de tendance à la guérison, une intervention est nécessaire.

C'est ce dernier état qu'il faut éviter à tout prix, quand on peut instituer à temps un traitement rationnel.

Tels sont les symptômes et les différentes formes de l'adénite génienne, qui permettront de faire son diagnostic. Reste à la différencier des affections avec lesquelles on pourrait la confondre, et ces affections sont assez nombreuses.

Le diagnostic diffèrera selon le cas qu'on aura à envisager.

Dans les cas d'adénites aiguës, on la différenciera du furoncle de la face. Plus superficiel, son évolution, sa localisation, le bourbillon trancheront la question ; souvent il est surmonté du poil qui l'a fait naître.

La fluxion dentaire simple sera reconnue à l'envahissement général de la joue, à l'empâtement uniforme, souvent elle ne sera que la conséquence d'un abcès dont on reconnaîtra facilement l'existence en mettant le doigt dans la bouche du malade.

L'actinomycose peut donner lieu à des phénomènes inflammatoires qui pourraient égarer le diagnostic, mais le trismus précoce et violent, la tuméfaction spéciale, dure, la douleur survenant par crises violentes et d'une intensité inexplicable, l'ulcération de la peau et plus tard la présence de nombreuses fistules, l'examen microscopique feront faire le diagnostic.

Dans les formes nodulaires, indolentes, le traitement ioduré tranchera la question.

Le diagnostic deviendra plus délicat, par exemple, avec le kyste sébacé, c'est par l'évolution de l'affec-

tion, par les commémoratifs que l'on résoudra le problème.

Avec l'abcès alvéolaire, l'intégrité du sillon gingival plaidera en faveur de l'adénite, la présence de la tumeur douloureuse au bord de l'alvéole, sa présence dans le sillon empâté décèlera la présence d'une collection purulente alvéolo-dentaire, le diagnostic s'impose.

L'adénite génienne est-elle d'origine dentaire ?

L'examen méticuleux de la bouche, l'examen des dents décèle la présence de lésions capables de produire l'affection, dent profondément atteinte, dont le ligament est infecté.

C'est dans le cas d'adénite chronique que le diagnostic devient plus délicat. La tuberculose peut produire la présence de ganglions volumineux enflammés, mais alors on trouvera en même temps des lésions bacillaires concomitantes.

La syphilis peut produire des gommes, mais elles évoluent plus lentement et disparaissent sous l'influence du traitement spécifique.

Le cancer produit l'engorgement ganglionnaire, Trendel de Tubinge en rapporte des cas nombreux, mais où le diagnostic ici s'impose par la percée de la tumeur.

M. Vigier a également insisté sur la sensation que donne le masséter à son insertion sur le maxillaire inférieur, simulant une petite boule roulant sous le doigt, cette sensation disparaît d'ailleurs pendant la contracture du muscle.

Enfin dans le cas de présence d'une fistule, c'est là que le diagnostic est le plus difficile et le plus délicat.

La fistule du canal de Sténon est faite par les commémoratifs, la tuberculose présentant fréquemment une vaste ulcération.

L'on doit dire pour terminer que le diagnostic d'adénite génienne d'origine dentaire sera d'autant plus facile qu'on y pensera plus. L'examen des dents de la bouche, doit être fait aussitôt, on découvrira souvent, pour ne pas dire presque toujours, la cause de l'adéno-phlegmon.

TRAITEMENT

L'adénite, par sa tendance à la chronicité, à la persistance de fistules cutanées, et de cicatrices indélébiles et pouvant défigurer le sujet qui les porte, est passible d'un traitement précoce et sévère, il faudra agir dès qu'on le pourra, de manière à arrêter son évolution.

Nous avons vu que l'on trouvait rarement l'affection avec une cavité buccale soignée et dépourvue de chicots, les soins de la bouche joueront le principal rôle dans le traitement préventif de la lésion.

Les lavages des dents, matin et soir, à l'aide d'une brosse dure, les lavages après le repas, de manière à débarrasser les interstices des dents des matières alimentaires qui y trouvent un refuge et s'y putréfient, empêcheront la carie et ses complications. Trop longtemps les soins de la bouche ont été l'apanage de la classe riche, trop longtemps on les a délaissés chez les enfants, sous prétexte que leurs dents tomberont, mais ces dents caduques par leur carie profonde, de même que les permanentes peuvent produire des lésions et des cicatrices qui ne s'effaceront plus.

Du côté des dents, le traitement variera selon la

cause étiologique de l'adénite. Dans le cas de carie au 4 degré, la désinfection des canaux. Lorsque la dent vaut encore la peine d'être conservée, l'obturation de la cavité, pouvant amener la rémission des accidents, nous avons obtenu cet heureux résultat dans un cas d'adénite simple consécutive à la carie de la dent de 6 ans.

Mais souvent l'organe ne peut être conservé, ou bien l'infection l'a trop profondément atteint. Souvent c'est un chicot à racines séparées, profondément infecté, dans ce cas l'extraction s'impose. Ces lavages de bouche consécutifs ramènent les gencives ulcérées à leur état normal de santé.

La pyorrhée est coupable, avons-nous vu, des mêmes accidents, le nettoyage minutieux des dents débarrassés du tartre qui les envahit, l'attouchement des gencives à la teinture d'iode, aussi l'asepsie de la bouche de toutes les manières peuvent amener la guérison de l'affection.

Quant à l'adénite, son traitement variera selon sa forme.

Dans les cas simples où l'on a affaire à un simple ganglion enflammé, l'application de résolutifs sur la joue suffit lorsqu'elle est accompagnée du traitement rationnel du côté de la bouche.

Dans les cas d'adéno-phlegmon, l'ouverture de l'abcès s'impose dès que l'on y reconnaît la présence d'une collection purulente.

Nous avons pratiqué la ponction de la poche à l'aide du thermocautère à pointe fine, ce procédé a

l'avantage de produire une ouverture qui n'a pas de tendance à se rejoindre. Nous avons obtenu toujours un bon résultat sans produire de cicatrice fâcheuse. L'évacuation du pus s'est faite toujours sans aucun obstacle et la plaie se ferme au bout de quelques jours.

Les ponctions à l'aide d'aiguille paraissent insuffisantes.

Enfin dans les cas d'adénites chroniques suppurées avec fistule cutanée on a conseillé l'ablation en masse du ganglion atteint, avec l'évidement de la poche, soit par la voie buccale, soit par la voie cutanée qui est le chemin le plus direct.

Pour notre compte, nous avons obtenu la guérison d'une adénite génienne d'origine dentaire par l'ablation des racines qui la provoquaient. La racine enlevée, le foyer disparu, la cicatrisation de la plaie se fit d'elle-même. Peut-être sommes-nous tombé sur un cas heureux. Peut-être n'en est-il pas toujours ainsi.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Résumée).

(*In archives provinciales de chirurgie*. Avril 1895. Albertin).

Adéno-phlegmon génien d'origine dentaire.

Bl... Jules, âgé de 21 ans, coiffeur, vient à la consultation de M. Maurice Polosson. Pas d'antécédents.

Le malade dit avoir souffert fréquemment des dents : il présente de la carie dentaire mais on ne constate pas de traces d'ostéo-périostite. Il y a quinze jours le malade a vu survenir sur la joue gauche une tuméfaction qui progressivement a augmenté et est devenue très douloureuse depuis quatre à cinq jours.

Actuellement tuméfaction de la joue. Phlegmon ramolli fluctuant, on l'incise ; il s'écoule du pus.

M. Albertin fait le diagnostic d'adéno-phlegmon génien.

OBSERVATION II (Résumée).

(*In archives de stomatologie.* Août 1902. Lebedinsky).

Adéno-phlegmon génien d'origine dentaire.

Il s'agit d'une femme de 34 ans. Pas d'antécédents.

Tuméfaction siégeant sur le corps du maxillaire inférieur du côté droit depuis 10 ou 12 jours et augmentant de volume.

Carie infectée de la dent de six ans, droite, avec polype de la gencive ; tartre abondant. Gingivite intense.

Extraction de la dent. Ouverture de l'adéno-phlegmon. Guérison en cinq semaines.

OBSERVATION III (Résumée).

(*In archives de stomatologie.* Lebedinsky. Janvier 1904).

Mlle J..., 30 ans.

Tumeur sur le corps du maxillaire inférieur, non adhérente, de la grosseur d'une noisette. Elle roule sous le doigt et indolore.

Racines des cinq grosses molaires inférieures du côté droit, recouvertes par la gencive ulcérée.

Extraction des chicots et lavage antiseptique. Aucune intervention du côté du ganglion.

Guérison de la tumeur.

OBSERVATION IV

In archives de stomatologie, janvier 1904. Dr R. Nogué.

Adénite génienne consécutive à la carie de la dent de sagesse.

Il s'agit d'un homme d'une trentaine d'années, employé de commerce, de constitution robuste, ne présentant d'ailleurs rien de particulier à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels, qui vint nous consulter le 8 novembre pour une tuméfaction juxta-maxillaire accompagnée de trismus.

D'après son récit vers le commencement d'octobre il ressentit de vagues douleurs au niveau de la branche horizontale du maxillaire du côté droit, en même temps qu'il constatait en ce point l'existence d'une grosseur de la dimension d'une petite amande. Cette petite grosseur roulait nettement sous le doigt. Peu après se produisit autour de la grosseur une poussée fluxionnaire.

Dès cette époque le patient éprouva de grandes difficultés à ouvrir la bouche. Pendant plusieurs jours il ne put s'alimenter qu'avec des bouillies. Il existait donc en ce moment, d'après l'affirmation bien nette de ce malade, du trismus.

Sur le conseil d'un pharmacien, des pommades résolutives furent appliquées sur la grosseur. La tuméfaction diminua bientôt, mais à plusieurs reprises depuis se produisirent des poussées fluxionnaires dans la même région.

Le 8 novembre, date de notre premier examen, nous constatons l'existence d'une tuméfaction située sur la face externe du maxillaire au niveau et un peu en avant du point d'insertion du masséter sur cet os. La peau a conservé son aspect normal.

Autour de cette petite masse existe une zone de tissu épaissi par l'œdème. Point de fluctuation.

Douleur à la pression au niveau de la masse indurée.

L'examen de la bouche, difficile à cause du trismus, décèle l'existence d'une carie unique, celle de la dent de sagesse, carie pénétrante avec putréfaction de la pulpe. Pericémentite.

Le sillon gingival est sain et libre.

L'extraction fut pratiquée à l'aide de l'anesthésie au protoxyde d'azote et oxygène. Lavages antiseptiques fréquents.

Quelques jours plus tard la grossesse persistait et devenait fluctuante. Ponction au thermocautère. Une demi cuillerée à café du pus s'écoula.

Guérison complète.

OBSERVATION V (Personnelle).

Hôpital Laënnec. Consultation dentaire du 6 août 1904.

Adéno-phlegmon consécutif à une intervention (Extraction de trois dents à la mâchoire inférieure).

Charles Der..., 37 ans, vient consulter le 6 août pour une tuméfaction assez volumineuse siégeant sur la branche horizontale du maxillaire inférieur du côté droit. Cette

tumeur est accompagnée de douleurs assez intenses et de fièvre légère.

Constitution robuste, nous ne trouvons rien à signaler comme antécédent ganglionnaire, d'ailleurs l'évolution rapide de l'adénite fait penser à une affection aiguë.

Il y a 1 mois 1/2 environ, atteint d'une fluxion volumineuse de la joue droite, précédée de douleurs dentaires violentes, il alla consulter un dentiste qui lui pratiqua l'extraction de trois dents, la première prémolaire, la dent de 6 ans et celle de douze, toutes trois sur le maxillaire inférieur à droite.

On ne trouve en effet de ce côté que la seconde prémolaire, la dent de sagesse ayant été extraite il y a 5 ans.

Après cette intervention, la fluxion diminue, disparaît tout à fait, tout rentre dans l'ordre au bout de quelques jours, sauf cependant au niveau de sa gencive où le malade constate de l'œdème, ce qui n'a rien d'étonnant d'ailleurs, vu l'importance de l'intervention et le délabrement occasionné.

Quelques jours plus tard il constate, en passant son doigt sur le dos de sa joue, la présence d'une petite boule dure, du volume d'un pois, roulant sous le doigt, sans aucune adhérence, légèrement douloureuse à la pression.

Aujourd'hui cette tumeur a augmenté notablement de volume, elle a la grosseur d'une petite noix, enflammée, rouge violacée, la peau est tendue.

Elle siège près de l'insertion du masséter au maxillaire, c'est l'inflammation du groupe ganglionnaire maxillaire inférieur.

La fluctuation est nette au centre.

Les douleurs provoquées sont assez intenses au point d'empêcher tout sommeil, le malade présente un peu de fièvre.

L'examen de la bouche décèle en un point de la gencive à droite, un clapier entretenu par un débris de maxillaire, arraché pendant l'extraction. Nous l'enlevons aussitôt. Bains de bouche à l'eau oxygénée.

Ouverture de la tumeur à la peau avec le thermocautère à pointe fine, évacuation de pus.

Guérison complète en quelques jours.

OBSERVATION VI (Personnelle).

Clinique dentaire du Dr Nogué.

Adénite génienne d'origine dentaire.

Henry G..., 36 ans, vient le 28 mai 1904 pour une tuméfaction volumineuse de toute la joue gauche, tuméfaction obturant l'œil, les paupières sont œdématiées, l'œil était complètement fermé lorsqu'il vient consulter, l'enflure siège surtout dans la région comprise entre l'aile du nez, la lèvre supérieure et l'orbite.

Il y a un an et demi le malade éprouve de cruelles douleurs de dents qu'il n'a point soignées, il a laissé évoluer sa carie, qui s'est transformée en quatrième degré ; il ne souffrait plus depuis quelque temps déjà, lorsqu'il y a trois semaines un abcès apparaît suivi de tout le cortège habituel, douleurs intenses, fièvre, œdème, fluxion.

Cet abcès évolue en cinq jours, il se décide à se le faire ponctionner, l'ouverture est faite contre la joue, dans le sillon gingival où la collection purulente bombait fortement.

Pendant trois jours, évacuation de pus abondant, s'écou-

lant facilement par l'ouverture faite au thermocautère, peu à peu cet écoulement se tarit pour finir complètement à la fin du troisième jour.

Tout rentre dans l'ordre lorsque huit jours après il s'aperçoit que sa joue enfle de nouveau, sans aucune douleur, sans réaction fébrile, c'est ce qui le décide à venir consulter.

Une enflure volumineuse de toute la région supérieure de la joue gauche, la région sous-orbitaire, est envahie par la tuméfaction. En cherchant soigneusement, on trouve au-dessous de l'os malaire à cheval sur son bord inférieur, à la partie supérieure de la fosse canine, un point légèrement rénitent et douloureux, donnant la sensation d'un ganglion enflammé, c'est ce qui nous fait faire le diagnostic d'adénite génienne dû à l'infection de la dent de six ans. En effet cette dent présente une carie pénétrante avec destruction et putréfaction de la pulpe.

Le doigt introduit dans le sillon gingival y pénètre difficilement à cause de l'œdème de la joue, mais il est libre.

Le malade ne voulant pas accepter l'extraction de sa dent, on pratique des lavages fréquents antiseptiqués.

Malheureusement ce malade n'a pu être suivi ne s'étant plus représenté à la clinique.

OBSERVATION VII (Personnelle).

Adéno-phlegmon génien consécutive à une intervention·

Xavier L..., 25 ans, employé à la compagnie des Omnibus, se présente à la clinique le 5 août.

Il présente une tuméfaction siégeant sur la branche

horizontale du maxillaire inférieur, le faisant cruellement souffrir.

Il y a un mois le malade ressentant des douleurs de dents très vives, alla demander à un dentiste de lui enlever la dent malade.

Au cours de l'extraction, la couronne se brisa, et les racines ne purent être enlevées malgré les tentatives et les manœuvres laborieuses et toujours faites dans ce but.

Le malade après de longues souffrances assiste à la formation d'un abcès alvéolaire qui dure 6 jours, s'ouvre seul dans la bouche donnant issue à une grande quantité de pus.

Le malade ne se fait que quelques lavages illusoires et peu fréquents, l'abcès rétrocède, mais quelques jours après il s'aperçoit qu'une tumeur se forme au niveau de son maxillaire inférieur.

L'examen de la bouche décèle l'existence de nombreux chicots entre autres ceux de la dent de 6 ans de la mâchoire inférieure à gauche.

L'adénite est fluctuante, la peau est rouge et tendue, accentuée à son centre, la tumeur atteint le volume d'une grosse noix.

Extraction des racines de la dent de 6 ans, on extrait en même temps une esquille en partie éliminée, datant de la première intervention, désinfection de la plaie, curetage de l'alvéole.

Lavages fréquents.

Ponction au phlegmon, pus abondant.

Le malade revient 12 jours après, guérison complète. La plaie est refermée définitivement.

OBSERVATION VIII (Personnelle).

Consultation dentaire de l'hospice de Bicêtre.

Adénite génienne chronique avec fistule persistante.

Louis L..., 27 ans, peintre. Le malade vient consulter pour une fistule siégeant au niveau de la branche horizontale du maxillaire inférieur. Cette fistule donne continuellement passage à du pus depuis un an et demi environ, date à laquelle elle s'est formée.

Il y a 3 ans le malade est pris de rage de dents violentes attribuées à la carie des dents de 6 ans et de 12 ans siégeant sur son maxillaire inférieur à droite.

Il remarque en même temps des poussées congestives au côté de la gencive à la même région, formation d'abcès qui s'ouvrent sans doute par les canaux de la dent, car le malade n'a jamais constaté l'évacuation de pus.

Il y a un an et demi environ tout a disparu du côté de la bouche, les dents ne laissent plus que des chicots infectes lorsque le malade s'aperçoit qu'une tumeur évolue à la partie inférieure de la joue, douloureuse à la pression, jusqu'au jour où le pus évacue par la joue donnant à flots.

Depuis la fistule existe, s'oblitérant quelquefois pour se rouvrir de nouveau quelques jours après, cette rétention de pus est accompagnée de douleurs assez violentes.

On voit, en effet, une région légèrement surélevée au niveau du groupe ganglionnaire, adhérente à la peau, elle a la circonférence d'une pièce de 2 francs, en son milieu

on aperçoit un orifice fistuleux qui ne donne pas de pus pour le moment.

Dans la bouche, à la mâchoire supérieure, on trouve la dentition complète, intacte.

A la mâchoire inférieure, à gauche : les dents de 6 et de 12 ans atteintes de carie avancée.

A droite : Les deux mêmes dents manquent, il ne reste que des racines infectées.

Bouche dénuée de soins les plus primitifs.

Nous faisons le diagnostic : d'adénite génienne chronique avec fistule, provoquée par des chicots infectés.

Extraction des chicots. Lavages de la bouche.

Huit jours après la fistule ne s'est plus rouverte, à la pression on arrive avec peine à faire perler une goutte de sérosité de la grosseur d'une tête d'épingle.

Le malade ne s'est plus présenté depuis à la consultation.

OBSERVATION IX (Personnelle).

Hôpital Laënnec. Consultation du 13 août 1904.

Adéno-phlegmon d'origine dentaire.

Jean Baptiste D..., 54 ans, cordonnier, se présente pour des douleurs dentaires violentes et pour une tumeur assez volumineuse sur le corps de son maxillaire inférieur.

L'affection a débuté, il y a 5 semaines, par une sensation de gêne à la mastication, de lourdeur de la joue en même temps que sa région enfle sans aucune douleur dentaire cependant. Une fluxion énorme évolue, envahissant

jusqu'à la région sous-orbitaire, à la base de la joue il décelait un point très douloureux à la pression.

La fluxion diminua de volume et laissa libre la tumeur qui devint plus nette, bien délimitée.

On constate alors une grosseur du volume d'une noisette, roulant sous le doigt, fluctuante. La peau est rouge, tendue, ulcérée, le pus est sous la peau.

Examen de la bouche :

Mâchoire inférieure : Il reste les quatre incisives. La canine droite, la deuxième prémolaire gauche, toutes sont légèrement déchaînées, envahies par du tartre.

On trouve alors à droite dans la gencive un puits au fond duquel on découvre les restes de la racine de la deuxième prémolaire, cause de tous les accidents.

Extraction de ce morceau de racine.

Ponction de la tumeur au thermocautère. Pus assez abondant.

Pansements humides. Antisepsie buccale.

Le 17 août. — Etat de guérison avancée. La tumeur n'existe plus. La réunion complète se fait en quelques jours.

ORSERVATION X (Personnelle).

Clinique dentaire du Dr Nogué.

Adéno-phlegmon génien commissural consécutif à la carie de la première prémolaire droite supérieure.

Albert B..., employé de commerce à Pantin, 35 ans.

Le malade vient demander l'extraction d'un chicot qui lui cause de violentes douleurs et des abcès à répétition.

C'est la seconde fois que les mêmes phénomènes inflammatoires se produisaient avec la même localisation.

Il porte à la région avoisinant la commissure labiale, sur la joue droite une tumeur du volume d'un gros pois, rouge violacée et fluctuante, à un travers de doigt en dehors de la commissure, bien localisée, le tissu avoisinant ne présente rien d'anormal. La région centrale est douloureuse à la pression.

Il y a dix jours le malade eut une fluxion énorme de la joue accompagnée de violentes douleurs dentaires, puis tout rentre dans l'ordre laissant apparaître la tumeur précédente.

Ces mêmes phénomènes, ces mêmes accidents s'étaient déjà montrés une première fois dans les mêmes conditions il y a cinq ans, cet abcès s'était ouvert à la peau.

L'examen découvre une bouche très mal entretenue, des dents envahies par du tartre, de la pyorrhée, des gencives décollées sur une assez grande hauteur, de plus, le chicot de la première prémolaire droite à la mâchoire supérieure.

Extraction de cette racine, nettoyage de la bouche. Antisepsie buccale.

Ouverture à la peau de l'adéno-phlegmon à l'aide du thermocautère.

Quelques jours après, amendement de tous les accidents, tout rentre dans l'ordre, il ne reste à la place de la tumeur gauche qu'une coloration brunâtre.

OBSERVATION XI (Personnelle).

Clinique du Dr Nogué.

Adéno-phlegmon génien d'origine dentaire.

Albert L..., 29 ans, menuisier.

Tumeur volumineuse siégeant à la partie inférieure de la joue gauche.

La tumeur est fluctuante, du volume d'une grosse noix, la peau est rouge, tendue, on sent le pus sous la peau.

Le contact est douloureux.

Pensant à l'origine dentaire de l'affection, on interroge le malade dans ce sens, il nous raconte qu'il y a une quinzaine de jours il fut pris de violentes douleurs de dents durant plusieurs jours jusqu'à la formation d'une fluxion de la joue gauche.

Cette fluxion s'amenda au bout de quelques jours laissant apparaître l'adénite d'abord rouge et dure, elle grossit peu à peu, sans beaucoup de douleur, arrivant à la suppuration.

Examen de la bouche :

Mâchoire supérieure : Première prémolaire droite à l'état de chicot à racines séparées et infectées.

Racine de la deuxième prémolaire.

A gauche: Racine de la deuxième prémolaire.

Les autres dents sont intactes, mais envahies par du tartre.

Mâchoire inférieure à droite : Carie du quatrième degré de la deuxième et troisième molaire.

A gauche : racine infectée de la deuxième prémolaire, dent coupable.

Extraction de cette racine. Ouverture au phlegmon à la peau à l'aide du thermocautère.

Quatre jours après, tout est rentré dans l'ordre. Sa tumeur n'existe plus que sous forme d'un point nodulaire rougeâtre.

Guérison complète.

OBSERVATION XII (Personnelle).

Consultation dentaire de l'hôpital Bichat, 29 sept. 1904.

Adéno-phlegmon d'origine dentaire.

Joseph G..., 18 ans, ébéniste.

Le malade vient, sur le conseil d'un médecin, demander l'extraction d'une dent qui lui a provoqué une fluxion volumineuse et un abcès en pleine évolution.

Il y a cinq ans environ, il a déjà souffert du même côté, la douleur était localisée à la même dent, puis ces douleurs ont disparu lorsqu'il y a un mois où elles reparaissent violentes, en même temps que le gonflement énorme de sa joue.

Cette fluxion dure sept à huit jours et disparaît, ce n'est que douze jours après que le malade constate à la région inférieure de sa joue la petite tumeur arrondie qui grossit peu à peu et s'ouvre au dehors donnant accès à du pus.

C'est dans cet état qu'il se présente à nous, avec une petite surélévation donnant encore accès à un peu de pus, c'est le dernier vestige de l'adéno-phlegmon.

Examen de la bouche.

Mâchoire supérieure : Rien d'anormal.

Mâchoire inférieure : à droite, chicots de la dent de six ans.

A gauche : Dent de six ans atteinte de carie du quatrième degré, périostite.

Extraction de cette dent.

Huit jours après, la guérison est totale.

CONCLUSIONS

L'adénite génienne d'origine dentaire est fréquente, souvent accompagnée de phénomènes d'inflammation intense, des tissus circumvoisins, son début est masqué et elle n'apparaît nettement que lorsque ceux-ci se sont amendés complètement.

Toujours consécutive à une infection profonde de la dent, et de son ligament, elle est due par ordre de fréquence, soit à la carie du quatrième degré, et en particulier à des racines profondément infectées et en voie d'élimination, accompagnées de périostite, d'abcès alvéolo-dentaires, soit à des infections du ligament produites par des interventions, soit à de la pyorrhée.

Son évolution se fait à distance après un temps pendant lequel les germes infectieux gagnent le ganglion.

L'adénite peut être simple, ou suppurée, c'est l'adéno-phlegmon génien, ou bien encore tendre à la chronicité.

Prise au début, traitée en conséquence, la suppuration peut être évitée, faisant disparaître la cause, l'effet disparaît du même coup.

Le traitement de la dent coupable, ou son extraction quand l'infection en est trop profonde, amène une guérison rapide de l'affection.

Vu : le Président de la thèse,
BERGER

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Albertin. — Adénites géniennes. Archives provinciales de chirurgie, 1895.

Buchbinder. — Ueber die Lage und die erkrankungen der wangen lymph dernien. Bert zur Klin. Chirurg., 1899.

Carpette-Leplein. — Les ganglions de la joue. Thèse de Bordeaux, 1899.

Cruet. — Hygiène et thérapeutique des maladies de la bouche, 1899.

Dor. — Nouvelle mycose à grains jaunes. Gazette hebdomadaire, 1896.

Debierre. — Ganglions cervico-faciaux. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 20 août 1892.

Elia. — Phlegmon cervico-facial mortel suite d'affection dentaire. Lancet Lond., 1890.

Lebedinsky. — Le milieu buccal et son équilibre biologique.

— Appareil lymphoïde.

— Adénites géniennes.

— Archives de Stomatologie, 1902 et 1904.

Mascagni. — Vasorum lymphaticorum corporis humani historia et Iconographia, 1787.

Nogué. — Un cas d'adénite génienne consécutive à la carie de la dent de sagesse (In archives de stomatologie), 1904.

Petit. — Des adénites de la joue. Union médicale, 1892.

Poncet. — Pseudo-actinomycose cervico-faciale, phlegmons suppurés de la face et au cou dus à une nouvelle mycose à gros grains jaunes. Congrès français de Chirurgie, 1896.

Poncet et Bérard. — Traité de l'actinomycose humaine. Paris 1898.

Princeteau. — Les ganglions lymphatiques de la joue. Gazette hebd. des scien. méd. de Bordeaux, 1899.

Testut. — Traité d'anatomie humaine, 2e art., t. II.

Thévenot. — Revue générale des adénites géniennes. Gaz. des hôp., 1900.

Tillaux. — Anatomie topographique (ganglions du cou).

Vigier. — Des adénites de la joue. Thèse de Lyon, 1892.

Imp. de la Faculté de médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris